

ANNÉE 1933

THÈSE

31^{No}

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention Médecine)

PAR

Calel Jakób PRAWDA

de la Faculté de Médecine de Paris

Né le 17 Janvier 1907, à Lodz (Pologne)

**A propos d'un cas
d'Encéphalite Post-Bronchopneumonique
chez un nourrisson**

Président : M. LEREBoullet, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1933

THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

ANNÉE 1933

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention Médecine)

PAR

Calel Jakôb PRAWDA

de la Faculté de Médecine de Paris

Né le 17 Janvier 1907, à Lodz (Pologne)

**A propos d'un cas
d'Encéphalite Post-Bronchopneumonique
chez un nourrisson**

Président : M. LEREBoullet, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1933

LE DOYEN : M. BALTHAZARD

I. — PROFESSEURS

Anatomie.	MM.	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.	N.	N.
Physiologie.	Léon BINET	STROHL.
Physique médicale.	DESGREZ.	DEBRE.
Chimie médicale.	BRUMPT.	BAUDOUIN.
Bactériologie.	CLERC.	MARION.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	ROUSSY.	CHAMPY.
Pathologie et thérapeutique générales.	TIFFENEAU.	LOEPER.
Pathologie médicale.	TANON.	BALTHAZARD.
Pathologie chirurgicale.	LAIGNEL-LAVASTINE.	FIESSINGER.
Anatomie pathologique.	Maurice VILLARET.	CARNOT.
Histologie.	BEZANÇON.	ACHARD.
Pharmacologie et matière médicale.	Marcel LABBE.	LEREBoullet.
Thérapeutique.	NOBECOURT.	H. CLAUDE.
Hygiène et médecine préventive.	GOUGEROT.	GUILLAIN.
Médecine légale.	LEMIERRE.	LENORMANT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	CUNEO.	GREGOIRE.
Pathologie expérimentale et comparée.	GOSSET.	TERRIEN.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	LEGUEU.	COUVELAIRE.
Clinique médicale.	BRINDEAU.	JEANNIN.
Hygiène et clinique de la première enfance.	J.-L. FAURE.	OMBREDANNE.
Clinique des maladies des enfants.	RATHERY.	LEMAITRE.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	Pierre DUVAL.	SERGENT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	Léon BERNARD	MATHIEU.
Clinique des maladies du système nerveux.	MAUCLAIRE	HOVELACQUE.
Clinique des maladies infectieuses.	MULON.	VERNE.
Clinique chirurgicale.		
Clinique ophtalmologique.		
Clinique urologique.		
Clinique d'accouchements.		
Clinique gynécologique.		
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.		
Clinique thérapeutique médicale.		
Clinique oto-rhino-laryngologique.		
Clinique thérapeutique chirurgicale.		
Clinique propédeutique.		
Clinique de la tuberculose.		
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.		
Professeurs sans chaire		

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiatrie.
 AUBERTIN. Pathologie médicale.
 BENARD (Henri) . . . Pathologie médicale.
 BROcq. Pathologie chirurgicale
 BRULE. Pathologie médicale.
 CADENAT. Pathologie chirurgicale
 CATHALA. Pathologie médicale.
 CHABROL. Pathologie médicale.
 CHAILLEY-BERT. . . . Physiologie.
 CHEVALLIER. Pathologie médicale.
 DOGNON. Physique.
 DONZELOT. Pathologie médicale.
 ECALLE. Obstétrique.
 FEY. Urologie.
 Pathologie expérimentale.
 GASTINEL. Bactériologie.
 GATELLIER. Pathologie chirurgicale
 GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
 GIROUD. Histologie.
 HALPHEN. Oto-rhino-Laryng.
 HARVIER. Pathologie médicale.
 HAZARD. Pharmacologie.
 HUGUENIN. Anatomie pathologique
 HUTINEL. Pathologie médicale.
 JOANNON. Hygiène.

MM.

LABBE (Henri). . . . Chimie biologique.
 LAROCHE (Guy). . . Pathologie médicale.
 Oto - rhino - laryngologie.
 LEVEUF. Pathologie chirurgicale
 LEVY-VALENSI. . . . Neuro-psychiatrie.
 LIAN. Pathologie médicale.
 MONDOR. Pathologie chirurgicale
 MOREAU. Pathologie médicale.
 MOULONGUET. . . . Pathologie chirurgicale
 MOURE. Pathologie chirurgicale
 Histologie.
 OBERLING. Anatomie pathologique
 OLIVIER. Anatomie.
 PIEDELIEVRE. . . . Médecine légale.
 PORTES. Obstétrique.
 QUENU. Pathologie chirurgicale
 RICHT. Physiologie.
 SANNIE. Chimie biologique.
 SEZARY. Dermatologie et syphiligraphie.
 TROISIERS. Pathologie expérimentale.
 VALLERY-RADOT
 (Fasteur). . . . Pathologie médicale.
 VAUDESCAL. Obstétrique.
 VELTER. Ophtalmologie.
 VIGNES. Obstétrique.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

LEQUEUX. Obstétrique.
 LEROUX. Anatomie pathologique
 NEVEU-LEMAIRE. . . Parasitologie.

MM.

RETTERER. Histologie.
 ZIMMERN. Physique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.
 ABRAMI.Clinique médicale.
 CHIRAY.Clinique médicale.
 DU VOIR.Clinique médicale.
 BASSET.Clinique chirurgicale.
 CHEVASSU.Clinique chirurgicale.
 HEITZ-BOYER. . . .Clinique chirurgicale.

MM.
 MOCQUOT.Clinique chirurgicale.
 PROUST.Clinique chirurgicale.
 SCHWARTZ.Clinique chirurgicale.
 LE LORIER.Clinique obstétricale.
 LEVY-SOLAL.Clinique obstétricale.
 METZGER.Clinique obstétricale.
 GUENIOT — —

V. — CHARGES DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire.	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT.		Education physique.
LEDOUX-LEBARD.		Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ.		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

En témoignage de ma profonde affection
et de ma grande reconnaissance.

A MES SŒURS ET A MES FRÈRES

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR P. LEREBoullet
PROFESSEUR D'HYGIÈNE ET DE CLINIQUE
DE LA PREMIÈRE ENFANCE
MÉDECIN DE L'HOSPICE DES ENFANTS ASSISTÉS
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Qui nous a indiqué le sujet de cette
thèse et nous fait le grand honneur de
la présider. Témoignage d'admiration
et de profonde reconnaissance.

A M. LE DOCTEUR ANDRÉ BOHN
CHEF DE CLINIQUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Qui a bien voulu nous guider de ses
conseils précieux.

Notre reconnaissance et nos remer-
ciements.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX :

M. LE PROFESSEUR CARNOT.

M. LE DOCTEUR LAUNAY.

M. LE PROFESSEUR LEREBoullet.

M. LE PROFESSEUR RATHERY.

M. LE PROFESSEUR TEISSIER (*In Memoriam*)

M. LE PROFESSEUR GOUGEROT.

M. LE PROFESSEUR GUILLAIN.

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ METZGER.

• M. LE PROFESSEUR LEGUEU.

M. LE PROFESSEUR CLAUDE.

M. LE PROFESSEUR LEMAITRE.

M. LE PROFESSEUR TERRIEN.



INTRODUCTION

Les encéphalites d'origine infectieuse sont, depuis quelques années surtout, d'observation assez fréquente chez l'enfant ; elles se rencontrent au cours ou au décours des diverses maladies infectieuses. Celles qui surviennent comme complication de la grippe, de la rougeole, de la scarlatine et de la vaccine sont actuellement les plus étudiées et les mieux connues.

Nous avons eu récemment l'occasion de suivre dans le service de notre Maître, le Pr. Lereboullet, un cas d'encéphalite survenue chez un nourrisson de sept mois au cours d'une broncho-pneumonie.

Le Pr. Lereboullet, qui vient de consacrer une de ses leçons magistrales à l'étude des encéphalites consécutives aux maladies infectieuses aiguës de l'enfant, nous a encouragé à faire notre thèse sur le cas d'encéphalite post-bronchopneumonique observé dans son service de l'Hospice des Enfants-Assistés.

HISTORIQUE

L'encéphalite aiguë n'a tenu jusqu'au commencement de ce siècle qu'une place très effacée dans la nosologie infantile.

On avait depuis bien longtemps étudié et décrit cliniquement un certain nombre de syndromes nerveux plus ou moins complexes qui étaient tous dénommés méningites.

L'importante découverte de la ponction lombaire par Quincke permit d'isoler parmi ces syndromes ceux s'accompagnant réellement de lésions méningées, mais les autres restèrent encore mal différenciés : les manuels de médecine de cette époque ne contiennent en particulier aucun chapitre consacré à l'encéphalite aiguë.

Seul l'abcès du cerveau, c'est-à-dire l'encéphalite suppurée, avait alors quelque peu attiré l'attention des médecins et des chirurgiens.

C'est Huguenin, en 1874, qui fut l'un des premiers à établir une classification des encéphalites non suppurées. Leyden, un peu plus tard, étudie l'inflammation des noyaux bulbaires et la rapproche de la myélite aiguë, puis Wernicke, en 1881, isole la poliencéphalite supérieure (lésions de la substance grise du plancher des

troisième et quatrième ventricules) et Strumpel, en 1884, établit un parallèle entre la paralysie infantile et les paralysies d'origine cérébrale par lésions du cortex.

En 1892, Leichtenstern signale l'existence de l'encéphalite aiguë hémorragique.

Plus tard, Neuwerck insiste l'un des premiers sur le rôle important de la grippe dans l'étiologie de certaines encéphalites tandis que Cotard note l'influence des diverses fièvres éruptives dans la production des scléroses cérébrales.

Par ailleurs Richardière décrit la sclérose lobaire consécutive aux maladies infectieuses et Bouchut attribue à l'inflammation de l'encéphale la sclérose atrophique.

Tous ces auteurs pressentaient le rôle important des encéphalites aiguës en pathologie, et notamment des encéphalites d'origine infectieuse dont deux observations devaient être, peu de temps après, simultanément rapportées par Jendrassik et par Marie.

De nombreux cas d'encéphalite sont ensuite signalés chez l'enfant, notamment à l'étranger par Prickett et Batten en 1900, Concetti en 1903, Pfühl, Neuwerck, Fischl. Raymond, en France, montre en 1906 l'existence de troubles nerveux pouvant être considérés comme des séquelles d'encéphalites aiguës infantiles.

Comby consacre en 1907 une étude importante à ces encéphalites aiguës de l'enfance et rapporte toute une série de cas consécutifs à diverses maladies infectieuses : grippe, seule ou compliquée de localisation pulmonaire, coqueluche, entérite infectieuse, rougeole, scarlatine,

fièvre typhoïde, vaccine, etc... et un cas consécutif à une intoxication par l'oxyde de carbone.

Chartier fait à cette époque dans sa thèse de doctorat une étude clinique et expérimentale des encéphalites aiguës infantiles.

Des faits nouveaux de la plus haute importance ont été plus récemment apportés par l'étude, faite de divers côtés, d'une entité nouvelle, l'encéphalite épidémique ou léthargique, dont les premiers cas ont été observés par von Economo et par Cruchet en 1917.

Cette affection, qui a été très étudiée, notamment par Netter et par Sicard rappelle par certains côtés l'encéphalite aiguë post-infectieuse.

Une autre variété d'encéphalite a été signalée à partir de 1922 dans différents pays, plus spécialement en Hollande et en Angleterre : c'est l'encéphalite vaccinale dont Baron en 1929 a fait le sujet de sa thèse.

Depuis lors on a remarqué un peu partout, outre la fréquence de l'encéphalite épidémique et de l'encéphalite vaccinale, une recrudescence très nette des encéphalites aiguës consécutives aux maladies infectieuses : de nombreux cas ont été étudiés tant à l'étranger qu'en France, en particulier par Comby, Babonneix, etc... et leur étiologie a fait l'objet de discussions importantes.

Le cas observé récemment par notre Maître le Pr. Lereboullet a trait à une encéphalite aiguë d'étiologie un peu particulière puisqu'elle est survenue au cours d'une broncho-pneumonie chez un nourrisson de sept mois : il lui a paru intéressant, à propos de ce cas, de rappeler

dans une de ses leçons cliniques les notions récemment acquises sur les encéphalites infectieuses aiguës de l'enfance.

Nous nous proposons, dans ce travail, de rapporter l'observation inédite du Pr. Lereboullet et de la commenter après avoir signalé les quelques cas analogues, relevés dans la littérature, d'encéphalites consécutives à des infections broncho-pulmonaires.

OBSERVATIONS

Observation I. *Encéphalite post-broncho-pneumonique chez un nourrisson* (observation inédite due à M. le Pr. Lereboullet).

Philippe L..., a été admis à la Clinique Parrot (Hospice des Enfants-Assistés) le 18 février 1932, à l'âge de 10 mois et demi, pour des troubles importants du développement physique et psychique.

Né à terme le 9 avril 1931, pesant 3 kil. 750, il a été parfaitement bien portant jusqu'à l'âge de 7 mois ; allaité au sein pendant 4 mois, il a été ensuite alimenté avec du lait de vache ordinaire, puis avec du lait condensé.

On ne note rien de particulier dans ses antécédents héréditaires et collatéraux : il a un frère de 7 ans bien portant. La mère insiste sur ce fait que l'enfant était tout-à-fait normal pendant les 7 premiers mois, et qu'en particulier, il avait commencé à sourire de bonne heure et à saisir vers trois ou quatre mois les objets se trouvant à portée de ses mains.

A l'âge de 7 mois et demi, l'enfant a eu une rhino-pharyngite aiguë fébrile accompagnée de troubles digestifs et d'amaigrissement. Il a été alors le 30 novembre 1931, hospitalisé à l'Hospice de la Salpêtrière, dans le service du Dr Ribadeau Dumas qui, dès son entrée, a constaté des signes fonctionnels et cliniques de broncho-pneumonie double qui, fait à noter, s'accompagnaient d'hyperthermie et de coma complet.

Quoiqu'il n'y ait eu ni signes cliniques de méningite, ni convulsions, une ponction lombaire fut pratiquée en raison de l'état comateux : elle ramena un liquide céphalorachidien tout-à-fait normal.

La broncho-pneumonie fut traitée par les moyens habituels et en quelques jours, malgré sa gravité extrême, elle évolua vers la guérison après une période de coma de 48 heures environ.

A la convalescence, survinrent des crises de tétanie qui cédèrent rapidement à l'administration de chlorure de calcium, puis une otite fit son apparition.

Dès que l'état comateux s'atténua, il apparut que l'état mental de l'enfant était profondément troublé : pendant tout le reste de son séjour à la Salpêtrière, il présenta une obnubilation persistante.

Puis la mère reprit l'enfant chez elle le 29 janvier 1932.

La famille remarqua aussitôt que l'enfant n'était plus du tout ce qu'il était avant sa broncho-pneumonie et il lui apparût bientôt comme tout-à-fait anormal : l'enfant ne jouait plus, ne gazouillait plus, ne riait plus, ne souriait même plus à sa mère qu'il ne semblait d'ailleurs plus reconnaître : il paraissait absent, indifférent à ce qui se passait autour de lui : il était incapable de se tenir assis comme il pouvait cependant déjà le faire avant sa broncho-pneumonie, il semblait ne pas voir les objets et les personnes l'environnant.

Les parents, justement inquiets, conduisirent alors l'enfant à la consultation d'ophtalmologie de l'Hôpital Cochin où le Dr Bollack constata qu'en effet, l'enfant ne semblait pas percevoir les objets. Il l'adressa alors au Dr. Bohn, Chef de Clinique à l'Hospice des Enfants-Assistés, en lui signalant que les papilles paraissaient un peu grises sans qu'il y ait d'œdème des bords et que les pupilles se contractaient normalement à la lumière.

C'est alors que l'enfant fut admis dans le service du Pr. Lereboullet, le 18 février 1932.

Il s'agissait d'un nourrisson hypotrophique, ne pesant que 7 kil. 700 à 10 mois et demi, dont l'aspect était vraiment très particulier. Il présentait tout d'abord une hypotonie musculaire très importante et généralisée à tous les groupes musculaires, si bien que bras, jambes et tête étaient absolument balants.

D'autre part, le regard de l'enfant était terne et vague ; il ne paraissait fixer aucun objet, même placé isolément à peu de distance devant les yeux : cependant l'enfant percevait nettement une lumière vive approchée de lui. Le regard vague de l'enfant s'accompagnait d'un visage absolument inexpressif.

L'examen somatique ne révélait rien de particulier : il n'y avait pas de signes de rachitisme, aucune dent n'était encore sortie, l'hypotonie musculaire s'accompagnait d'une absence presque complète de réflexes tendineux et cutanés.

Une ponction lombaire faite le 19 février donna les résultats suivants : liquide clair, non hypertendu, contenant 5 éléments par millimètre cube à la cellule de Nageotte, 0 gr. 40 p. 1000 d'albumine et 0 gr. 70 p. 1000 de glucose.

Les réactions de Wassermann et de Hecht étaient négatives dans le sang, celle de Wassermann négative dans le liquide céphalo-rachidien, la cuti-réaction à la tuberculine était négative.

L'enfant est resté alors dans le service pendant près d'un mois pendant lequel on lui donna de l'urotropine par la bouche à raison de 0 gr. 25 par jour, tandis qu'on lui faisait une série d'injections de pyoformine.

Aucune amélioration ne fut constatée : l'enfant resta aussi indifférent à ce qui se passait autour de lui, continua à ne savoir ni pleurer ni crier et présenta toujours une hypotonie musculaire très accusée.

L'enfant, repris par sa mère le 14 mars 1932, n'avait pas augmenté de poids pendant son séjour à l'hôpital.

Il fût ramené peu de temps après pour un épisode fébrile avec troubles digestifs et amaigrissement notable et fit alors un second séjour à l'Hospice des Enfants-Assistés jusqu'au 9 mai 1932. Quoique son poids fût à cette date sensiblement le même qu'en février et que son hypotrophie se soit par conséquent accusée, son état était alors certainement meilleur que quelques mois plus tôt : l'enfant était un peu plus éveillé, ébauchait parfois un sourire, suivait des yeux les gestes faits lentement devant lui ; par contre, l'hypotonie musculaire n'était pas modifiée.

Revu depuis le mois de mai à plusieurs reprises à la consultation, l'état psychique et moteur s'est fort peu modifié : en décembre 1932, à l'âge de 20 mois, l'enfant présente un retard considérable du développement intellectuel et physique : il est incapable de se tenir assis, la tête et les membres sont toujours ballants, le regard est encore très vague, le poids reste uniformément stationnaire, l'enfant ne prononce aucune syllabe : c'est un véritable infirme au double point de vue physique et mental.

Il s'est en somme agi dans cette observation d'une encéphalite aiguë survenue au cours même d'une bron-

cho-pneumonie et s'étant alors traduite par un état comateux assez prolongé sans atteinte des méninges. L'encéphalite a laissé des séquelles importantes, notamment un arrêt du développement pondéral et statural, une hypotonie musculaire généralisée, une absence complète du développement intellectuel qui fait que l'enfant ne présente à vingt mois aucune connaissance du monde extérieur.

Tous ces troubles sont nettement en rapport avec l'encéphalite ayant accompagné la broncho-pneumonie survenue à l'âge de sept mois et demi puisque le développement de l'enfant s'était jusque-là fait normalement.

Il ne paraît guère possible d'espérer une amélioration importante des troubles physiques et intellectuels présentés par l'enfant : il s'agit de séquelles sans doute définitives de lésions encéphaliques graves.

Autres observations d'encéphalites consécutives à des infections broncho-pulmonaires de l'enfant.

Les cas d'encéphalites aiguës infantiles consécutives à des infections broncho-pulmonaires ne sont pas exceptionnels. Nous allons en rapporter ici quatre observations relevées dans la littérature.

Observation II. J. Comby. *Arch. de Méd. des Enfants.*, oct. 1907). *Encéphalite consécutive à une broncho-pneumonie.*

La petite L. M..., âgée de vingt-sept mois, pesant seulement 10 kil. 900 est prise d'une infection grippale grave, le 6 décembre 1904.

Antécédents héréditaires : Père âgé de trente ans, bien portant ; mère âgée de vingt-huit ans, bien portante également. Deux autres enfants (six ans et dix mois) bien portants.

Antécédents personnels : Née à terme, après un accouchement normal l'enfant a été nourrie au sein jusqu'à six mois, puis mise au lait stérilisé.

Au commencement de décembre 1904, grippe suivie de broncho-pneumonie (souffle, fièvre vive ayant fait penser pendant quinze jours à une fièvre typhoïde). Tout allait bien quand le 18 décembre éclatent des convulsions suivies de coma et des symptômes méningitiques. On donne des bains chauds pendant quinze jours, l'enfant reste aveugle, sourde, muette et inerte. Puis elle a du délire avec paroles incohérentes. Enfin, la connaissance revient peu à peu et il persiste seulement une hémiplégie droite avec légère contracture. Le 2 février 1905, l'enfant vient à l'hôpital, trainant la jambe droite et présentant une certaine malaadresse de la main du même côté. Légère raideur. Réflexes conservés sans exagération manifeste.

Rien à l'auscultation ; on prescrit des bains chauds, du massage, des mouvements communiqués, l'iodure de potassium à petites doses. Le 2 mars 1905 elle revient en bon état : elle marche seule, elle peut même courir ; la contracture s'est beaucoup atténuée, il ne persiste qu'un peu de maladresse de la main.

Le 13 avril, l'enfant nous est ramenée complètement guérie, ni contractures ni maladresse des membres, elle est seulement nerveuse et agitée.

Malgré les phénomènes de localisation, l'encéphalite aiguë grippale a été dans ce cas relativement bénigne.

Observation III. (J. Comby. *Arch. de Méd. des Enfants* oct. 1907). *Encéphalite consécutive à une broncho-pneumonie.*

Le 31 décembre 1905, je suis appelé à voir avec le Dr Brochin, une fille de dix mois nourrie au sein, habituellement bien portante. Il y a quinze jours, cette enfant a fait une grippe avec symptômes assez inquiétants de broncho-pneumonie. La fièvre était tombée depuis huit jours quand tout-à-coup au milieu de la nuit l'enfant est prise de convulsions épileptiformes prolongées avec prédominance à gauche. Après les convulsions, abattement persistant avec somnolence comateuse, déviation conjuguée des yeux à droite.

Pas de raideur de la nuque, pas de tache cérébrale ou raie méningitique. Température rectale 39°. L'enfant reste inerte et absente sans crier ni têter jusqu'au lendemain.

Fixité du regard, égalité pupillaire. L'après-midi, nouvelle convulsion très violente avec prédominance à droite, température 39°6. Le soir, détente et amélioration. Le 1^{er} janvier 1906, on constate une parésie notable du membre supérieur droit avec conservation de la sensibilité. L'enfant a recommencé à crier et elle a pu têter. L'œil est bon. La monoplégie brachiale droite persiste jusqu'au soir : température 38°2. Le lendemain amélioration marquée. Le 3 janvier paralysie disparue entièrement, l'enfant peut être considérée comme guérie. Le traitement a consisté en bains répétés, glace sur la tête, lavement de bromure et chloral, potion iodo-bromurée.

Observation IV. (C. J. C. Navarro. *Société Argentine de Pédiatrie*, Buenos Aires, 1921). *Encéphalite consécutive à une pneumonie.*

Un petit garçon de treize mois, au douzième jour d'une pneumonie présente une agitation extrême, des mouvements latéraux continuels de la tête, de la parésie des muscles de la nuque, du dos et des membres supérieur et inférieur gauches, sans râles de retour.

Un abcès de fixation est pratiqué avec de l'essence de térébenthine, 48 heures après la fièvre a augmenté, il n'y a pas d'amélioration de l'état général, mais localement au foyer pneumonique on perçoit quelques râles qui sont suivis le lendemain d'une pluie de râles crépitants. Une semaine plus tard, l'enfant va bien. Guérison sans séquelles.

Observation V. (E. Kramer, Thèse de Bâle, 1920).
Encéphalite consécutive à une pneumonie

O. Marie..., âgée de 2 ans, entre à l'hôpital le 8 octobre 1914 avec le diagnostic de méningite.

L'enfant avait eu une première pneumonie à l'âge d'un an, sans complications.

Trois semaines avant son entrée à l'hôpital, elle a présenté une nouvelle pneumonie, du côté droit.

Au 9^e jour, on a remarqué qu'elle ne pouvait plus remuer

la tête. Quatre jours avant son admission elle a présenté des vomissements et une paralysie du bras droit. La fièvre était tombée deux jours avant son entrée à l'hôpital.

Pendant toute sa maladie, la conscience est restée intacte, l'appétit et les selles normales, mais l'enfant faisait des mouvements désordonnés.

A son entrée à l'hôpital, l'examen somatique ne montre pas de troubles sensoriels, les yeux, les oreilles, le cœur et les poumons sont normaux. Légère raideur de la nuque, troubles vaso-moteurs avec raie méningée. Les mouvements actifs du bras droit sont impossibles, si on le soulève, il retombe inerte. Le réflexe tricipital persiste, le réflexe rotulien du côté droit est exagéré et il existe un clonus du pied du même côté.

L'enfant qui parlait avant son entrée à l'hôpital, présente alors de l'aphasie.

Le poulx est à 104. Les urines ne présentent ni sucre ni albumine, la diazo-réaction est négative.

La P. L. ramène un liquide céphalo-rachidien normal. Le Wassermann est négatif.

Les réactions de Pirquet et Mantoux sont négatives.

Le 9 octobre, l'enfant reste inerte dans son lit, les yeux grands ouverts.

Le 14 octobre, les extrémités quoiqu'encore raides commencent à présenter quelques mouvements actifs ; l'enfant prononce quelques paroles.

Le 22 octobre les réflexes à droite sont encore exagérés, l'enfant essaie de marcher mais a une démarche ataxique.

Le 26 octobre, elle marche seule et sans aide.

Le 29 octobre, elle commence à parler normalement comme un enfant de son âge et quitte l'hôpital.

Les symptômes encéphaliques présentés par cette enfant permettent de poser le diagnostic d'encéphalite aiguë infectieuse (post-pneumonique) localisée à la zone prérolandique gauche avec peut-être foyer cortical ou sous-cortical du centre moteur du langage.

SYMPTOMATOLOGIE

Les symptômes des encéphalites aiguës infectieuses et notamment de celles qui surviennent comme complications d'infections broncho-pulmonaires sont si variables et complexes qu'une description d'ensemble en est difficile. Si, en effet, on analyse les cinq encéphalites aiguës consécutives à des infections broncho-pulmonaires que nous venons de rapporter, on constate qu'il existe entre elles des différences notables dans leur symptomatologie et dans leur évolution. En ce qui concerne le *mode de début*, nous voyons dans le cas observé par nous dans le service du Pr. Lereboullet, l'encéphalite débiter en même temps que la broncho-pneumonie par un état comateux ; dans les deux observations de Comby, elle apparaît pendant la convalescence ; dans celles de Navarro et de Kramer, l'encéphalite se manifeste au moment de la défervescence d'une pneumonie.

Les observations sont aussi très différentes au point de vue des *symptômes* : tandis que dans celle du Pr. Lereboullet, ce sont le coma, l'hypotonie musculaire et les troubles psychiques qui prédominent, dans les autres observations rapportées il y a surtout des troubles moteurs (convulsions, parésies et paralysies).

Nous verrons plus loin que *l'évolution* et les *séquelles* varient aussi d'un cas à l'autre.

Lorsqu'on étudie la symptomatologie des encéphalites infectieuses telle qu'elle a été indiquée par les différents auteurs, on retrouve cette même diversité des symptômes qui tient pour une grande part à l'extrême variabilité de la localisation et de l'intensité des lésions existant dans ces encéphalites. *Le début* est ordinairement fébrile et souvent brusque, violent et imprévu ; il se traduit tantôt par des convulsions, tantôt par des contractures ou des spasmes ou des phénomènes paralytiques, tantôt par un état comateux, parfois par des troubles psychiques, du délire.

Les convulsions sont considérées par de nombreux auteurs comme un signe initial prédominant. Tantôt ce sont des petites secousses des muscles de la face ou des extrémités, tantôt ce sont des convulsions localisées à un groupe musculaire. Plus souvent ce sont des convulsions généralisées avec une phase tonique suivie d'une phase clonique ayant parfois les caractères des convulsions épileptiformes. Après les convulsions peuvent apparaître des *troubles paralytiques*, mais les convulsions manquent parfois et les paralysies s'installent alors d'emblée. Selon leur intensité, on peut observer des parésies légères, ou des paralysies plus complètes soit localisées à certains groupes musculaires soit frappant tous les muscles d'un ou de plusieurs membres (mono-di-para ou quadriplégie).

On peut aussi observer une hémip légie croisée avec

aphasie, lorsque les lésions encéphaliques siègent à gauche.

On peut voir aussi des mouvements associés (syncinésies) auxquels peuvent s'ajouter des mouvements choréiformes ou athétosiques ou des myoclonies. Il peut exister aussi des *troubles psychiques* soit isolés, soit plus souvent associés aux troubles précédents. Ils se traduisent tantôt par un état d'excitation, de désorientation ou d'inquiétude, tantôt par un état de dépression, d'apathie et de somnolence ; ces phénomènes sont souvent plus accentués la nuit. Dans quelques cas les troubles psychiques peuvent se transformer en une véritable psychose.

On peut alors voir apparaître des syndrômes rappelant les manies transitoires ou les hallucinations du délire aigu alcoolique chez l'adulte. On peut observer aussi des crises de manie intermittentes, alternant avec de la somnolence, ou du délire avec hallucinations visuelles ou auditives, des psychoses avec mélancolie ou encore des psychoses à double forme, la mélancolie alternant avec la manie.

La *ponction lombaire* qui doit toujours être pratiquée en pareil cas ramène ordinairement un liquide céphalo-rachidien normal ou quasi-normal, mais il peut exister dans certains cas des modifications cytologiques et chimiques (formes encéphalo-méningées) qui peuvent compliquer quelque peu le diagnostic.

L'examen clinique permet de mettre en évidence les symptômes que nous venons d'énumérer : il doit s'efforcer de rechercher la localisation des lésions qui sont à leur origine et d'en établir l'évolution possible et le pronostic.

EVOLUTION ET SEQUELLES

Tout comme la symptomatologie, l'évolution des encéphalites consécutives à des infections broncho-pulmonaires est très variable suivant les cas.

Tantôt l'encéphalite évoluée en quelques jours, tantôt elle se prolonge pendant plusieurs semaines : dans l'un et l'autre cas, elle peut ou non laisser des séquelles plus ou moins graves et plus ou moins durables.

Dans les observations de Comby, de Navarro et de Kramer, il n'est signalé aucune séquelle définitive. Au contraire, dans l'observation du Pr. Lereboullet, il persiste après 13 mois d'évolution des séquelles graves, sans doute définitives, portant à la fois sur le tonus musculaire et l'état psychique : l'enfant reste à 20 mois très hypotonique, il est incapable de se tenir assis et de tenir sa tête, il ne parle pas et son visage est absolument inexpressif.

D'autres séquelles peuvent se voir à la suite des encéphalites aiguës infantiles. On peut les répartir en plusieurs groupes :

a) *Séquelles d'ordre moteur* : paralysies diverses, flasques ou spasmodiques, portant sur un ou plusieurs membres, mouvements choréiques ou athétosiques, tics,

spasmes. L'épilepsie est considérée par certains auteurs comme pouvant être consécutive aux encéphalites infantiles (Comby, Wieland).

b) *Séquelles portant sur le tonus musculaire* : hypotonie (comme dans notre observation) ou hypertonie.

c) *Séquelles sensorielles* : cécité, surdité, etc...

d) *Séquelles psychiques* : délire, avec hallucinations, manie, mélancolie, phobies, déficit intellectuel, plus ou moins prononcé (débilité mentale, imbécillité ou idiotie), instabilité du caractère.

Il peut aussi exister des troubles du langage : l'aphasie a été signalée dans un certain nombre de cas.

PRONOSTIC

Le pronostic des encéphalites aiguës diffère d'un cas à l'autre et dépend de plusieurs facteurs. Il ne semble pas exister de rapports directs entre la gravité de l'infection causale, broncho-pulmonaire ou autre, et celle de l'encéphalite : il n'existe pas non plus de relations entre l'intensité des symptômes initiaux de l'encéphalite et leur évolution ultérieure. D'une façon générale, le pronostic paraît assez favorable.

Au point de vue vital, il n'est pas fréquent que l'encéphalite entraîne la mort de l'enfant qui en est atteint. Dans les cinq observations que nous rapportons, aucun cas ne fût mortel ; il n'en est évidemment pas de même dans toutes les statistiques et certaines d'entre elles comportent jusqu'à 20 % de mortalité.

Au point de vue fonctionnel, le pronostic est aussi essentiellement variable : l'encéphalite ne laisse dans un certain nombre de cas aucune séquelle définitive, même lorsque certains troubles moteurs, psychiques ou sensoriels ont persisté plus ou moins longtemps.

Parfois cependant l'encéphalite laisse des reliquats comme nous l'avons vu au chapitre précédent : certains sont particulièrement graves (troubles psychiques ou

paralytiques ou sensoriels) et compromettent l'avenir des sujets qui en sont atteints. L'enfant qui fait l'objet de ce travail présente des troubles de l'intelligence et du tonus musculaire qui font de lui un véritable infirme tant au point de vue physique qu'au point de vue mental.

D'une façon générale, le pronostic est cependant moins sévère que dans les méningites suppurées et l'encéphalite épidémique.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic des encéphalites aiguës infectieuses est important à faire aux divers stades de leur évolution. A la période de début il importe de déceler le plus précocement possible cette complication, d'en noter avec soin les symptômes et de la séparer nettement de la maladie infectieuse, broncho-pulmonaire ou autre, à laquelle elle se surajoute, car le pronostic de celle-ci s'en trouve évidemment modifié.

Plusieurs affections peuvent être confondues avec l'encéphalite aiguë, en premier lieu les diverses méningites et réactions méningées et les hémorragies méningées.

La ponction lombaire joue à ce point de vue un rôle capital, car le liquide céphalo-rachidien qui est toujours modifié dans des proportions importantes dans les méningites et hémorragies méningées ne l'est pas ou ne l'est que très peu dans l'encéphalite dont les formes encéphalo-méningées ne sont pas fréquentes.

La clinique bien entendu conserve tous ses droits et permet par elle-même de soupçonner le diagnostic d'encéphalite que la ponction lombaire vient ensuite appuyer.

Les convulsions sont un symptôme très fréquent au

début des pyrécies infantiles sans qu'il y ait pour cela encéphalite ; leur constatation ne suffit donc pas pour porter ce diagnostic quoique l'on puisse se demander si les convulsions survenant dans ces conditions ne sont pas, dans certains cas tout au moins, le fait d'une inflammation légère de l'écorce cérébrale, de même ordre que l'encéphalite proprement dite. La constatation de somnolence, de torpeur, de troubles oculaires, de symptômes nerveux divers (paralysies, contractures, convulsions), cadre assez mal avec le diagnostic de méningite, surtout lorsque les signes propres de cette maladie et notamment la raideur de la nuque et le signe de Kernig n'existent pas.

Le diagnostic reste malgré tout parfois hésitant pendant quelque temps et n'est souvent fait qu'après quelques jours d'évolution. La notion de coexistence avec une maladie infectieuse est d'une grosse importance pour le diagnostic, car une fois le diagnostic posé, il faut encore chercher la cause de celle-ci et reconnaître s'il s'agit d'une encéphalite consécutive à une maladie infectieuse ou d'une encéphalite en quelque sorte primitive, nous voulons parler de l'encéphalite épidémique ou léthargique.

Celle-ci évolue en général pour son propre compte, survient parfois sous forme épidémique, présente un début et des symptômes moins bruyants que l'encéphalite infectieuse et se caractérise, tout au moins dans ses formes typiques, surtout par la somnolence, les troubles oculaires, les myoclonies et au point de vue biologique, par l'hyperglycorrhée.

Théoriquement facile, ce diagnostic est parfois assez

difficile, puisque ces symptômes sont en réalité ceux de toute encéphalite ; l'évolution fréquente de l'encéphalite épidémique vers un syndrome parkinsonien permet dans certains cas de porter au bout de quelques mois un diagnostic exact.

Le diagnostic, dans l'Observation I, rapportée plus haut, a été fait dès le début : l'enfant se trouvait alors hospitalisé dans le service du Dr. Ribadeau-Dumas pour une broncho-pneumonie qui avait ceci de particulier de s'accompagner d'un coma complet avec liquide céphalo-rachidien normal. Aussitôt sorti de son état comateux, l'enfant apparût constamment obnubilé et sembla avoir perdu complètement la vue ; c'est dans cet état qu'il entra quelques semaines plus tard à l'Hospice des Enfants-Assistés où le diagnostic d'encéphalite consécutive à une broncho-pneumonie ne pouvait être un seul instant mis en doute, étant donné en particulier que l'enfant était, d'après ses parents, tout-à-fait normal au point de vue physique et mental avant sa broncho-pneumonie.

Le diagnostic de l'encéphalite infectieuse à la phase des séquelles se pose avec un certain nombre de syndromes nerveux ou psychiques : c'est alors par l'étude attentive de chacun des symptômes présentés par le sujet et par la notion du début au cours ou au décours d'une maladie infectieuse que le diagnostic rétrospectif et étiologique pourra être posé : il est, en effet, important de distinguer les encéphalites infectieuses des diverses encéphalopathies infantiles dans lesquelles la syphilis et les traumatismes obstétricaux paraissent jouer un rôle primordial.

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

La question de l'étiologie et de la pathogénie des encéphalites infectieuses est encore, à l'heure actuelle, très discutée et l'accord est loin d'être fait entre les auteurs qui l'ont étudiée.

Un fait est certain : c'est que le cerveau est particulièrement vulnérable chez l'enfant et qu'il est, plus peut-être qu'à tout autre âge, exposé à toutes sortes de troubles et lésions morbides plus ou moins graves du fait de son volume relativement considérable et de sa riche vascularisation.

D'autre part, et nos observations le montrent bien en ce qui concerne les infections broncho-pulmonaires, les encéphalites sont loin d'être exceptionnelles au cours des diverses maladies infectieuses de l'enfance.

On a voulu trouver des causes prédisposantes à ces encéphalites infectieuses et on a invoqué une constitution nerveuse particulière ou une tare diathésique ; ce ne sont en tout cas que des facteurs accessoires. La cause directe des encéphalites est un processus toxi-infectieux venant se localiser en un point ou un autre de l'encéphale.

Dans certains cas, l'encéphalite est primitive, les convulsions, le coma, les paralysies marquent le début de

la maladie ; c'est ce qui a lieu notamment dans l'encéphalite épidémique.

D'autres fois l'encéphalite survient à l'occasion d'une maladie infectieuse. Les infections le plus souvent signalées à l'origine des encéphalites infantiles sont la grippe, la rougeole, la scarlatine, la coqueluche, la vaccine, mais n'importe quelle infection peut s'accompagner d'encéphalite : notre Maître, le Pr. Lereboullet en a rapporté un cas consécutif à une colibacillurie du nourrisson ; les observations que nous avons reproduites ci-dessus montrent que les infections broncho-pulmonaires, pneumonies et broncho-pneumonies peuvent aussi se compliquer d'encéphalites.

Comment expliquer ces encéphalites qui viennent compliquer les diverses maladies infectieuses de l'enfant ? Plusieurs théories ont été émises à ce sujet.

A. La première théorie admet que l'encéphalite est due au germe même de la maladie causale (coqueluche, grippe, broncho-pneumonie, etc...).

Les partisans de cette théorie (Fischl, Seitz, Bambici, Neuwerck, etc...) se basent sur ce fait qu'on a dans quelques cas à vrai dire assez rares, trouvé divers germes microbiens sur les cultures ou les coupes histologiques d'encéphales d'enfants ayant succombé à la suite d'encéphalites infectieuses.

On a objecté, et notamment Chartier en 1907, que les germes en question témoignent seulement de l'envahissement microbien des viscères et notamment du cerveau à la phase terminale de l'infection et que leur présence à ce niveau n'a aucune espèce de signification.

B. Certains auteurs prétendent que l'encéphalite est due à des toxines microbiennes provenant des germes de la maladie causale.

Cette hypothèse a été soutenue par Raymond, Prevajenski, Oppenheim, Chartier.

Expérimentalement, Drago en Italie (1905) et Dopter en France (1906), ont pu provoquer chez le chien, au moyen de toxines microbiennes des encéphalites assez analogues à l'encéphalite non suppurée de l'homme.

Mais certains auteurs ont objecté qu'en introduisant des toxines dans l'organisme des animaux, on injectait peut-être par la même occasion un virus filtrant qui serait l'agent responsable de l'encéphalite constatée.

D'autre part certains animaux de laboratoire, en particulier le lapin, présentent parfois des encéphalites spontanées qui mériteraient d'être étudiées au point de vue de leur étiologie et comparées aux encéphalites provoquées expérimentalement.

L'introduction relativement récente en bactériologie de la notion de virus filtrant a modifié la question de la pathogénie des encéphalites infectieuses et permis de nouvelles hypothèses.

C. On a, en particulier, soutenu que l'encéphalite est due à un virus neurotrope.

A ce sujet, deux opinions se partagent les suffrages des auteurs.

La première veut que l'encéphalite infectieuse soit due au virus de l'encéphalite léthargique avec laquelle elle ne ferait qu'une seule et même maladie. La ressem-

blance du tableau clinique des deux affections, l'existence des mêmes symptômes ont permis ce rapprochement évidemment facile à faire. Levaditi a récemment défendu la théorie uniciste en ce qui concerne l'encéphalite vaccinale.

Cependant de nombreux auteurs, notamment Eckstein en Allemagne, Wieland en Suisse, Comby en France, se sont élevés contre cette manière de voir et insistent sur la nécessité de distinguer l'encéphalite léthargique des encéphalites infectieuses qui ont des caractères bien particuliers que n'explique nullement la théorie uniciste : ces encéphalites surviennent toujours à l'occasion d'une maladie infectieuse bien déterminée, elles ne sont jamais épidémiques, il n'y a enfin aucune ressemblance entre leurs lésions histologiques et celles de l'encéphalite épidémique. Aussi a-t-on tendance actuellement à penser que les encéphalites infectieuses sont le fait d'un virus filtrant particulier que l'infection mettrait en liberté ou rendrait virulent. Il y aurait en quelque sorte exagération de la virulence d'un germe sous l'influence d'un autre germe : Wilian n'a-t-il pas montré la possibilité du réveil d'une infection sous l'influence d'une action médicamenteuse ou microbienne ?

Quoiqu'il en soit de toutes ces théories, dont aucune n'est encore sortie du domaine de l'hypothèse, le problème des encéphalites infectieuses pose encore une question : pourquoi note-t-on depuis quelques années une recrudescence si importante des encéphalites chez l'enfant ?

Notre Maître, le Pr. Lereboullet, admet que la pathologie est amenée à des changements continuels. Bien des maladies actuelles n'ont plus la symptomatologie classique d'autrefois.

D'autres disparaissent peu à peu comme par exemple, la chlorose de jeunes filles, d'autres, au contraire, augmentent de fréquence comme les abcès du poumon qui étaient autrefois très rares.

Il en serait de même pour les encéphalites infantiles : le cerveau de l'enfant serait aujourd'hui capable de réagir autrement qu'autrefois vis-à-vis des maladies infectieuses survenant à cet âge. Malgré les progrès réalisés dans nos connaissances, malgré un matériel clinique et expérimental très abondant, il ne paraît pas actuellement possible d'affirmer que tel ou tel mécanisme invoqué est l'explication exacte des accidents encéphalitiques observés à la suite des maladies infectieuses de l'enfant. Il convient, par conséquent, d'être prudent et de leur conserver jusqu'à nouvel ordre la dénomination d'encéphalites post-infectieuses qui ne préjuge en rien de leur étiologie et de leur pathogénie.

TRAITEMENT

La thérapeutique des encéphalites aiguës est à l'heure actuelle une thérapeutique d'attente qui se borne dans la plupart des cas à lutter contre l'infection par des moyens banaux.

A la période de début, il est indiqué d'appliquer une vessie de glace ou des compresses froides sur la tête.

Certains auteurs ont conseillé la saignée locale au moyen de sangsues placées sur les mastoïdes (Comby).

La balnéation tiède et les enveloppements humides sont utiles lorsque la température est élevée.

On a préconisé l'autohémothérapie et la vaccinothérapie, notamment Maggiore dans l'encéphalite post-grippale.

La tryptaflavine a été également employée en solution à 2 % par la voie intraveineuse.

Le salicylate de soude préconisé par Carnot et Harvier dans l'encéphalite épidémique peut être utilement employé dans les diverses encéphalites aiguës infantiles soit par la voie digestive soit plutôt par la voie intraveineuse en solution glucosée à 10 %.

L'urotropine paraît aussi avoir donné des résultats dans un certain nombre de cas.

L'abcès de fixation qui a été utilisé par Netter et par Von Economo dans l'encéphalite léthargique, l'a été également dans les encéphalites infectieuses, mais semble-t-il sans grand succès et certains auteurs, notamment Comby, n'en sont pas partisans.

Notre Maître, le Pr. Lereboullet conseille plus volontiers l'emploi du pus aseptique urotropiné : il a, en particulier, traité ainsi l'enfant récemment observé par lui.

Il a d'autre part recommandé dans l'encéphalite le choc vaccinal obtenu par l'injection de petites doses de Propidon : il indique de faire tous les deux jours une injection sous-cutanée de 1/8 à 1 cc. de vaccin en augmentant progressivement les doses : les enfants supportent parfaitement ces injections.

Il est difficile de juger les effets des diverses thérapeutiques conseillées dans les encéphalites aiguës dont un certain nombre guérissent d'elles-mêmes et qui ont leur pronostic commandé avant tout par l'étendue, la localisation et la persistance de leurs lésions.

La gravité des séquelles possibles justifie l'emploi simultané ou successif de tous les modes de traitement proposés si on veut mettre par devers soi toutes les chances de succès.

CONCLUSIONS

1. Les encéphalites post-infectieuses sont loin d'être exceptionnelles chez l'enfant, surtout depuis quelques années. Parmi leurs causes, une place à part peut être faite aux broncho-pneumonies et pneumonies comme le montrent les cinq observations que nous rapportons.

2. La symptomatologie en est très polymorphe et dépend de la localisation, de l'étendue et de l'intensité des lésions encéphaliques.

3. Le diagnostic doit se baser en particulier sur la concomitance ou la succession des signes encéphaliques avec une maladie infectieuse caractérisée.

La ponction lombaire doit être faite chaque fois qu'on soupçonne l'existence d'une encéphalite, car par l'absence complète ou presque complète de signes d'irritation méningée, elle aide au diagnostic avec les méningites aiguës.

4. Le pronostic *quoad vitam* est assez favorable, la mortalité des enfants atteints d'encéphalite étant relativement faible.

L'encéphalite peut guérir sans laisser de séquelles, mais dans un certain nombre de cas, elle laisse des reli-

quats qui peuvent être plus ou moins graves (paralysies, troubles psychiques, etc...) et qui sont de nature à compromettre l'avenir des sujets qui en sont atteints.

5. La question de l'étiologie et de la pathogénie des encéphalites post-infectieuses est à l'heure actuelle très discutée. La théorie d'après laquelle l'encéphalite post-infectieuse est due à un virus neurotrope dont la maladie infectieuse faciliterait l'action ou exalterait la virulence a été défendue dernièrement par de nombreux auteurs.

Mais en l'état actuel de nos connaissances il n'est pas permis d'affirmer le mécanisme exact des accidents et il est préférable de leur conserver jusqu'à nouvel ordre la dénomination d'encéphalites post-infectieuses qui ne préjuge en rien de leur étiologie et de leur pathogénie.

6. Le traitement se borne aux moyens anti-infectieux banaux auxquels on peut souvent utilement associer l'urotropine, le salicylate de soude et les médications de choc.

Vu, le Doyen,
BALTHAZARD.

Vu, le Président,
P. LEREBoullet.

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris.
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ATTI DU XIV^e CONGRESSO ITALIANO DE PEDIATRIA,
Firenze, 23-26 settembre 1931-IX), II, Tema di rela-
zione Le sindromi encephalitiche Nell-infanzia.
- BABONNEIX (M.-L.). — « Encéphalites aiguës infantiles »,
(*Gazette des Hôpitaux*, 6 juin 1931).
- BARON. — *Encéphalite post-vaccinale en France*, (Thèse
de Paris, 1929).
- CHARTIER. — *Encéphalite aiguë non suppurée*, (Thèse de
Paris, 1906-07).
- COMBY (J.). — « L'encéphalite aiguë chez les enfants »,
(*Arch. de Méd. des enfants*, oct. 1907.)
- « Les encéphalites chez les enfants », (*Pathologie in-
fantile*, juin 1921).
- « Encéphalites aiguës de l'enfance », (*Revue générale,
Arch. de Méd. des enfants*, 1921).
- « Les séquelles de l'encéphalite aiguë chez les en-
fants », (*Arch. de Méd. des enfants*, janvier 1924.)
- « Les encéphalites aiguës infantiles », (*La Pédiatrie
Pratique*, n^{os} 32 et 33, novembre 1931.)
- ECKSTEIN. — « Encephalitis im Kinderalter », (*Ergebn.
der Inn. med. u. Kinderh.*, Bd. 36, 1929).
- ESCHBACH (H.). — « Encéphalite aiguë infantile choréo-
athétosique », (*Soc. Méd. des Hôp.*, 4 juin 1920).
- GUINON. — « Encéphalite aiguë et ataxie aiguë », (*Arch.
de Méd. des enfants*, août 1914).
- GUINON. — « Encéphalite aiguë et troubles mentaux »,
(*Société de Pédiatrie*, 19 avril 1921.)

- KRAMER. — « Post infektiöse Encephalitis bei Kindern », (*Zeitschrift für Kinderh.*, 1920).
- KRAMER (E.). — « Zur Kasuistik der Encephalitis acuta non suppurativa nach Infektionskrankheiten », (*Inaugural Dissertation*, Basel, 1920).
- LAIGNEL-LAVASTINE ET VOISIN (R.). — Étude anatomo-clinique de l'encéphale des broncho-pneumoniques », (*Arch. de méd. expér.*, 1904).
- LEREBoullet (P.). — « Encéphalites consécutives aux maladies aiguës de l'enfance », (*Leçon inédite, Hospice des Enfants Assistés*, 25 mai 1932).
- NAVARRO. — « Encéphalite, pneumonie, abcès de fixation », (*Société de Pédiatrie Argentine, Arch. de Méd. des Enfants*, 1921).
- NOBECOURT. — Réactions encéphalo-méningées dans la pneumonie et les broncho-pneumonies », (*Le Bulletin méd.*, 9-12 mars 1921).
- REIMOLD U SCHADRICH. — Über Encephalitis im Verlaufe Kindlicher Infektionskrankheiten », (*Jahrbuch für Kinderheilkunde*, 1929).
- WIELAND. — « Über sporadische und epidemische Encephalitis sog. Encephalitis lethargica bei Kindern », (*Schweiz. med. Wochenschrift*, 1920, n° 28.)
- ZAPPERT (I.). — « Die acute Encephalitis beim Kinde » (*Jahresb. für ärztliche Fortbild.*, juin 1928).

